

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 23

Contribution à l'étude de la Syphilis Gastrique

Sur un cas
d'Ulcère Gastrique Syphilitique avec Sténose Pylorique
guéri par le traitement mixte

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL LACASSAGNE

né le 10 Mars 1886, à Buzet-sur-Tarn (Haute-Garonne)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

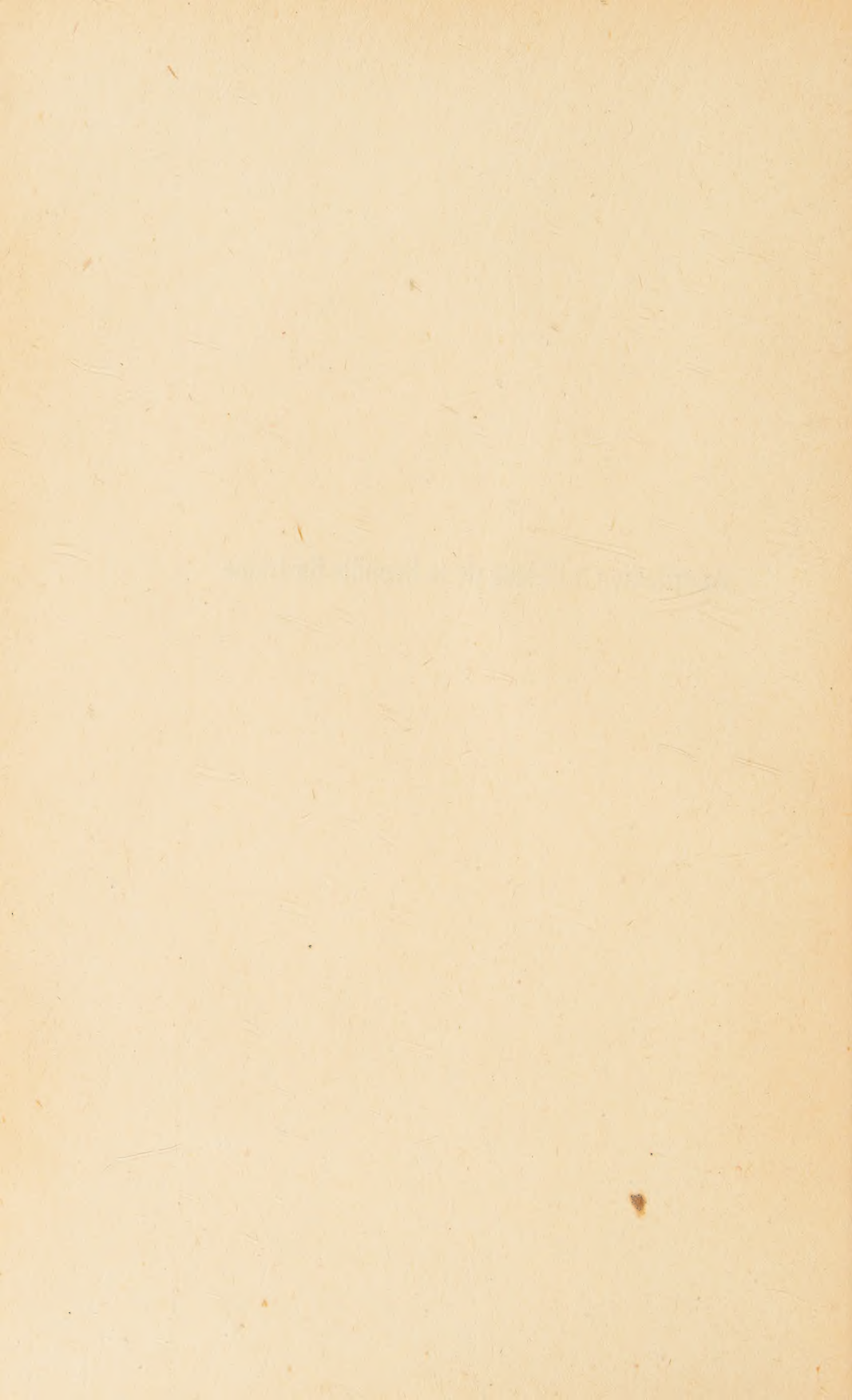
1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546721_0010

Contribution à l'étude de la Syphilis Gastrique



Contribution à l'étude de la Syphilis Gastrique

Sur un cas
d'Ulcère Gastrique Syphilitique avec Sténose Pylorique
guéri par le traitement mixte

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RAOUL LACASSAGNE

né le 10 Mars 1886, à Buzet-sur-Tarn (Haute-Garonne)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen
J. COURMONT Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agréés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEWAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LESIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THÉVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. PONCET, président ; NICOLAS, assesseur ; LAROYENNE et LERICHE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Il fût mon premier maître.

A MA MÈRE

Source de tendresses.

Je dédie ce modeste ouvrage
en témoignage de profonde
reconnaissance, de gratitude
infinie et d'inaltérable affection.

A MA SŒUR MARGUERITE

En gage de l'étroite amitié
qui nous unit.

Elle fut toujours pour nous
d'une exquise bonté.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON ONCLE

A MES COUSINS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon

Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

Qui nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre thèse. Nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

Qui nous a inspiré le sujet
de notre thèse. Plein d'empres-
sement et de bienveillance il
fut toujours prêt à nous aider
de ses conseils. Nous l'en
remercions bien vivement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COTTE

Chef de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

En reconnaissance de l'ex-
trême amabilité qu'il a toujours
eu à notre égard.

A MONSIEUR LE MÉDECIN - PRINCIPAL MARTIN

Que nous avons à cœur de
remercier ici de sa bienveil-
lante sollicitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN - MAJOR LAFFORGUE

Professeur agrégé à l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce

Nous ne saurons jamais ou-
blier les marques d'estime dont
il nous a toujours honoré.

A MES ANCIENS MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail nous tenons à exprimer nos remerciements à tous ceux qui ont contribué à notre instruction en nous aidant de leurs conseils et de leur expérience au cours de nos études médicales.

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas de faire dans ce modeste travail une étude clinique complète de la syphilis gastrique.

Nous voulons simplement, une fois de plus, démontrer en présentant une observation personnelle, combien il est important pour le clinicien de « penser toujours à la syphilis et de la chercher systématiquement pour la dépister » en présence d'un malade atteint de troubles dyspeptiques, car comme l'a dit récemment M. A. Mathieu : « Il est, en effet, extrêmement satisfaisant en présence d'une gastropathie grave, susceptible non seulement de faire souffrir le malade, non seulement de l'arrêter dans ses occupations et sa vie normale, mais même de mettre sa vie en danger de pouvoir grâce à un traitement méthodique obtenir une guérison complète. »

Dans le « polymoyhisme de ses manifestations », la syphilis frappe tous nos organes. Mais si depuis des siècles elle frappe notre organisme, depuis quelques années à peine il est des manifestations de la syphilis que nous apprenons à reconnaître, mais qui échappent encore à l'œil exercé du clinicien parce que nous ne songeons que trop rarement à leur possibilité.

Et cependant la syphilis gastrique n'est-elle pas une des questions les plus importantes et les plus captivantes de la pathologie digestive. Le diagnostic en est entouré de grosses difficultés. Car si les manifestations extérieures de la syphilis qu'actuellement nous connaissons bien, soit de la syphilis acquise, soit de l'héredo-syphilis, soit de la syphilis du nouveau-né, se distinguent par des signes qui nous frappent, il n'en est plus de même des manifestations viscérales de cette infection qui emprunte les signes cliniques généraux par lesquels réagit l'organe atteint.

L'estomac lésé par la syphilis, a dit le Professeur Fournier, n'a pas pour exprimer sa souffrance des troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expression à des lésions gastriques relevant de causes très différentes. Il n'est donc à chercher des symptômes spéciaux pour la syphilis gastrique. Exiger d'elle des symptômes spéciaux c'est se condamner à ne la diagnostiquer jamais et à ne la reconnaître qu'à l'autopsie. Je demande aux malades ce qu'ils penseraient d'un tel procédé diagnostic. »

Certains auteurs, à l'exemple de Chiari (Thèse de Pater, 1907) ne considèrent comme probants que les cas de syphilis gastrique dont la nature syphilitique est démontrée grâce aux lésions macroscopiques ou microscopiques. Ici, sommes-nous peut-être en droit actuellement d'en douter puisque, comme MM. Nicolas et Favre l'ont montré, on trouve à l'examen histologique de syphilides tertiaires cutanées des cellules géantes de tous points semblables à celles que l'on considère comme caractéristiques et spécifiques de la tuberculose. Unna, Darier, -

ont trouvé également des cellules géantes dans le chancre et dans les lésions secondaires papuleuses.

C'est surtout en s'appuyant sur les bons effets du traitement mercuriel que nous pouvons soupçonner l'existence de la syphilis. Ayant cette notion toujours présente à l'esprit, on devra chez un malade atteint de troubles dyspeptiques et dans les antécédents duquel on retrouve l'histoire d'une syphilis antérieure administrer un traitement anti-spécifique qui pourra amener après un soulagement rapide, une guérison complète. On épargnera souvent ainsi au malade une intervention chirurgicale.

C'est donc bien volontiers que sur les conseils éclairés de M. le Professeur agrégé Leriche, nous présentons l'observation d'un malade atteint d'ulcère pylorique avec sténose guéri par le traitement hydrargyro-iodique.

Après avoir fait un historique rapide des cas de syphilis stomacale purement cliniques et reposant sur les résultats bienfaisants d'une thérapeutique anti-syphilitique, nous ferons une revue rapide des formes cliniques de la syphilis gastrique. Nous ferons ensuite une étude anatomique et clinique de l'ulcère syphilitique et après avoir présenté notre observation à l'appui de cette étude, nous exposerons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La nature syphilitique de certaines affections viscérales a été démontré, d'une part par des constatations anatomo-pathologiques faites au cours d'opérations et d'autopsies, d'autre part par des observations cliniques de malades chez lesquels le traitement antisiphilitique a fait régresser et disparaître des accidents rebelles aux méthodes habituelles.

I. Au point de vue anatomie pathologique tout d'abord nous ne ferons que signaler les premiers travaux de Cruveilhier en 1838, bientôt suivis par ceux de Fauvel, de Virchow, de Wagner, de Lancereaux, d'Oser, de Fioupe, de Cornil, de Birch-Hirschfeld, de Chiari, de Flexner, d'Hemmeter, de Barbier, de Hayem, de Cronquist.

Pour nous faire une idée de la fréquence de la syphilis gastrique, nous nous permettrons de rappeler les résultats des nombreuses recherches faites par Chiari. Cet auteur a examiné systématiquement l'estomac de 243 syphilitiques qui étaient morts d'affections diverses. Parmi ces 243 cas, il y avait 145 cas de malades atteints de syphilis héréditaire et 98 atteints de syphilis acquise. « Or il n'a rencontré que trois fois des lésions nettement

spécifiques de l'estomac : deux fois il a trouvé des gommes, une fois à l'autopsie d'une syphilis tertiaire, une fois à l'autopsie d'une syphilis acquise. Il n'a observé une infiltration diffuse de la paroi probablement d'origine syphilitique que dans un cas chez un syphilitique héréditaire. Dans les 240 autopsies restantes, les lésions de l'estomac, lorsqu'il en existait, ne relevaient pas de l'infection syphilitique d'une façon directe tout au moins » ; il ne fait d'exceptions que pour les *érosions* hémorragiques qu'il a observées plusieurs fois et qui semblaient consécutives aux lésions syphilitiques du foie.

II. Le cadre des observations cliniques de malades atteints de syphilis gastriques chez lesquels le traitement antisypilitique a amené la guérison nous retiendra un peu plus longtemps, car c'est à la série assez restreinte de ces observations que nous ajouterons celle qui nous est personnelle. C'est Andral, qui en 1834, fit paraître les premières observations de syphilis gastrique en publiant deux cas de gastrite chronique guérie par le traitement mercuriel. Après lui, viennent les observations de Topinard, Trousseau, Bartumeus, Gaillard, Jullien, Rosanow, Norden, Hemmeter, Dieulafoy, Einhorn, Baylac et Chamayou, Fournier, Hayem (voir tableau). Dans sa thèse, Pater (thèse de Paris 1907) trouvait un peu plus de soixante cas de syphilis stomacale dont le diagnostic repose sur des constatations faites d'accidents syphilitiques divers et surtout sur l'influence bienfaisante du traitement. Depuis il ne m'a été possible que de trouver 4 cas de syphilis gastrique purement clinique. En 1910 Marcel Nathan a publié dans les « Bulletins et Mémoi-

res de la Société médicale des Hôpitaux de Paris » un cas de gastropathie ancienne d'origine syphilitique. Au mois de février de la même année C. Leven et G. Barret présentèrent également à la Société médicale des Hôpitaux de Paris une observation de « syphilis gastrique grave avec estomac biloculaire et guérison par le traitement mercuriel et ioduré. » Haussmann rapporte le cas d'une tumeur gommeuse de l'estomac guérie par le salvarsan. Enfin A. Beclere et A. Beusande ont récemment publié au mois de mai 1911 un cas de syphilis gastrique avec estomac biloculaire, troubles graves simulant un néoplasme, retour à la santé par le traitement spécifique, contrôle radiologique. Qu'il nous soit permis à ce propos de faire une rapide digression. L'examen radiologique, en effet, devient chaque jour d'un précieux secours et une nouvelle source d'informations en permettant non seulement de constater les lésions, mais de suivre leurs modifications sous l'influence thérapeutique. Elle sert aussi de moyens de contrôle et permet d'affirmer que « les améliorations ou guérisons sont dues à l'action médicamenteuse et non à de simples coïncidences. »

Enfin, nous sommes heureux de pouvoir présenter l'observation de notre malade soigné par M. le Professeur agrégé Leriche au mois d'août 1911 et qui atteint d'ulcère gastrique avec sténose pylorique, a été guéri par le traitement hydrargyro-iodique.

**Cas de syphilis stomacale
reposant sur des bases cliniques
et sur l'effet curateur du traitement spécifique**

Andral, 1834 — Topinard, 1865 — Dujardin-Beaumont, 1866 — Trousseau, 1875 — Bartumeus, 1879 — Hiller, 1883 — Gaillard, 1886 (avec cas de Schwinune) — Gouzot, 1886 — Tavernier, 1887 — Jullien, 1889 — Rosanow, 1890 — Reser, 1891 — Norden, 1897 (cas de Sanders) — Dubuc, 1898 — Hemmeter, 1898 — Mackay, 1898 — Dieulafoy, 1898 — Einhorn, 1900 — Mamuba, 1901 — Baylac et Châmayou, 1901 — Dieulafoy, 1901 — Domenici, 1902 — Fournier, 1903 — Hayem, 1906 — Nathan, 1910 — Leven et Barret, 1910 — Beclere et Bensande, 1911 — Haussmann, 1911 — Leriche, 1911.

N. B. — La partie chronologique de ce tableau, de 1834 à 1906, a été extraite de la thèse de Pater (Paris 1907).

**Observations de syphilis stomacale
reposant sur des bases cliniques et sur l'effet curateur
du traitement spécifique**

Andral — 1) Gastrite chronique guérie par le traitement mercuriel.

2) Gastrite chronique guérie par le traitement mercuriel.

(Clin. méd. Paris, 1834. T. II, p. 201 — 1839. T. II, p. 191).

Topinard — Vomissements incurables guéris par le traitement anti-syphilitique administré par la voie rectale (*Gazette des Hôpitaux*, 5 déc. 1865).

Dujardin-Beaumetz — 1) Hématémèses dans la syphilis tertiaire guéris par l'iodure de potassium.

2) Hématémèses dans la syphilis tertiaire guéris par l'iodure de potassium (*Gazette des Hôpitaux*, 1866, n° 10).

Trousseau — Gastralgie et vomissements nocturnes guéris par l'iodure de potassium (*Traité de thérap.* 1875. T. I).

Bartumens — Gastralgie et vomissements nocturnes guéris par l'iodure de potassium (*Revista de Ciencias méd. Barcelona*, 1879).

Hiller — Hématémèses guéries par le traitement spécifique (*Monatschrift, J. Prakt.*, 1883).

Schwimme (cité par Gaillard). — Gastro-entérite chez un hérédo-spécifique guérie par le mercure.

Dieulafoy — Deux cas d'Hématémèse dans la syphilis tertiaire guéries par le traitement spécifique (*Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-98 et *Journ. de Méd. et de Chirurg. pratique*, 10 déc. 1902).

Einhorn — 1) Ulcère gastrique sans hématémèses guéri par le traitement spécifique.

2) Ulcère gastrique avec hématémèses guérie par le traitement spécifique.

3) Gastropathie chronique avec tumeur guérie par le traitement spécifique.

4) Gastropathie chronique avec tumeur guérie par le traitement spécifique.

5) Sténose pylorique guérie par le traitement anti-syphilitique.

6) Sténose pylorique guérie par l'iodure de potassium (*Philadelphia Méd. Journal*, 1900).

Mamulea — Ulcère gastrique en période secondaire guéri par le traitement mercuriel (*Spitalul. Revista Méd.* 1901).

Baylac et Chamayou — Ulcère d'estomac avec pseudo-péritonite hystérique au cours d'une syphilis secondaire (*Echo Méd. de Toulouse* 1901, n° 12 et 13).

Domenici — Gastrite chronique guérie par le traitement mixte (*New-York Médical*, 3 mai 1902).

Fournier — 1) Hématémèses dans la syphilis tertiaire guéries par l'iodure de potassium.

2) Hématémèses guéries par l'iodure de potassium.

3) Gastropathie avec tumeur pseudo-cancéreuse guérie par le traitement mixte.

Tumeur gastrique et gastropathie pseudo-cancéreuse guérie par le traitement spécifique.

(*La Syphilis*, t. I, juillet 1903 et *Traité de la Syphilis*, t. I, p. 710).

Freeman Ward (cité par Fournier) — Tumeur pylorique constatée par la laparotomie, guérie par l'iodure de potassium.

Hayem — 1) Hématémèse au cours d'une syphilis tertiaire guérie par le traitement spécifique.

2) Gastropathie chronique avec sténose pylorique et tumeur guérie par le traitement spécifique.

3) Sténose pylorique au cours de la syphilis tertiaire améliorée par le traitement mercuriel.

4) Hématémèse et mœlena au cours de la syphilis tertiaire.

Marcel Nathan — Gastropathie ancienne d'origine syphilitique.

(*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 20, p. 840, 24 juin 1910).

Gouzot — Quatorze observations communiquées par Vergely, Pitres, Arnozan, Rivals, témoignant de troubles gastriques divers (polydipsie, boulimie, dyspepsie, vomissements, etc...) survenant en période secondaire ou tertiaire et tous guéris par le traitement spécifique (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

Tavernier (cité dans la thèse de Gouzot) — Symptômes d'ulcère rond de l'estomac guéris par le traitement spécifique.

Jullien — Observations de dilatation gastrique en rapport indirect avec la syphilis (*Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chirurgie*).

Rosanow — Ulcère de l'estomac guéri par le traitement mixte (*Méd. Obozr.* 1890, n° 7 — *Semaine Méd.* oct. 1890).

Reser — Ulcère gastrique dans la syphilis secondaire (*British Méd. Journal London*, 1891 II).

Sanders — Symptômes de cancer gastrique guéris par le traitement mixte (cité par Norden, Over, Maas, *Syphilis Académisch Praefschrift Amsterdam*, 1897).

Dubuc — Gastropathie pseudo-cancéreuse guérie par le traitement mixte (*France Médicale*, 1^{er} juillet 1898).

Hemmeter (loc. cit) — Gastrite aigüe chez deux hérédo-syphilitiques guérie par le traitement mercuriel.

Mackay — Deux cas d'Hématémèses dont l'un chez un hérédo-spécifique tardif, guéris par le traitement spécifique (*The Lancet*, déc. 1898, II).

C. Leven et Basset — Syphilis gastrique grave. Estomac biloculaire. Guérison par le traitement mercuriel et ioduré.

(*Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 5, p. 149, 15 février 1910).

Haussmann — Un cas de tumeur gommeuse de l'estomac guéri par le salvarsan.

A. Beclère et A. Beusaude — Un cas de syphilis gastrique. Estomac biloculaire. Troubles graves simulant un néoplasme. Retour à la santé par le traitement spécifique. Contrôle radiologique.

N.-B. — Nous avons emprunté à la thèse de Pater (Paris 1907), les observations publiées jusqu'en 1906.

CHAPITRE DEUXIÈME

GÉNÉRALITÉS SUR LA SYPHILIS GASTRIQUE SES FORMES CLINIQUES

Andral écrivait en 1838 : « Nous ne voyons pas à la vérité pourquoi des ulcérations des muqueuses profondes (c'est-à-dire viscérales), ne pourraient reconnaître la syphilis pour cause et céder au traitement syphilitique. »

Depuis, la science a marché à grands pas, et comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, nombreuses sont les observations apportées par un grand nombre d'auteurs à l'appui de l'existence sûre, indéniable de la syphilis gastrique.

Mais si tout le monde admet aujourd'hui l'existence de la syphilis stomacale, son étude reste néanmoins incomplète ; ce qui le prouve, c'est qu'aux formes cliniques déjà décrites, des auteurs nouveaux apportent des formes cliniques nouvelles.

L'exposé des principales classifications cliniques de la syphilis gastrique qui ont été données jusqu'à ce jour nous permettra de comprendre combien nous sommes en droit d'y songer souvent, en présence de gastropathies de formes variables. Nous verrons de plus que parmi ces diverses formes, tous les auteurs sont

d'accord pour décrire une classe de syphilis gastrique à forme *d'ulcère rond*. Dans cette revue clinique rapide, nous insisterons plus particulièrement sur cette dernière forme dans laquelle rentre l'observation de notre malade. Nous laisserons de côté les classifications anatomiques de la syphilis stomacale.

I. — Nul, mieux que le professeur Fournier, n'a décrit les symptômes variables et saisissant parfois de la syphilis gastrique et au tableau qu'il en a fait, on n'a presque rien ajouté. Le Professeur Fournier dans son « *Traité sur la Syphilis* », a décrit trois formes de syphilis gastrique :

- 1^o) Celle de gastrite chronique ;
- 2^o) Celle de cancer gastrique ;
- 3^o) Celle d'*ulcère rond*.

De cette dernière forme qui nous intéresse surtout dans ce travail, il en a donné un exemple si frappant, que je me permettrai de le rappeler :

« Une jeune artiste que j'avais traité, dit M. Fournier, et guérie en 1860 d'une large syphilide tuberculo-crustacée de la région dorsale, me fit demander en 1867. Quand j'arrivai près d'elle, je la trouvai dans le plus triste état, affaissée dans son lit, anémiée, et plus qu'anémiée, exangue littéralement blanche, aussi blanche que ses draps, prostrée, exténuée, ayant à peine la force d'émettre quelques mots. » Elle digérait mal, avait des hématémèses très abondantes, et cela jusqu'à remplir une cuvette. Elle avait été traitée par de nombreux médecins qui avaient fait le diagnostic d'ulcère et l'avaient soignée en conséquence : « Je me demandais, dit le Professeur Fournier, ce que j'allais prescrire à

mon tour.... Bref, je prescrivis l'iodure de potassium, et cela non sans quelque appréhension, je l'avoue, car c'était la première fois que j'administrerais ce remède en pareille circonstance. Qu'allait-il advenir? Or ce qu'il advint tient littéralement du prodige : sans exagération, ce fut un coup de théâtre, un changement à vue, une quasi-résurrection, car cette moribonde fut immédiatement soulagée et revint bientôt à la vie....; trois ou quatre semaines plus tard, elle se trouvait guérie. »

D'après M. Fournier ce qui serait la note caractéristique de l'ulcère stomacal syphilitique, ce serait à savoir :

1.) La douleur xypho-rachidienne, partant de l'appendice xyphoïde pour se rendre au niveau de la première vertèbre lombaire environ.

2.) Les gastrorrhagies. Celles-ci sont plus ou moins fréquentes, suivant les cas. Elles se montrent très rarement ou au contraire, à des intervalles très rapprochés et peuvent même devenir quotidiennes. Lorsqu'elles sont surabondantes et répétées, elles peuvent devenir mortelles en quelques semaines ou même quelques heures. Il est des cas très rares où elles font complètement défaut (comme chez notre malade). Mais suivant la règle, les gastrorrhagies sont précédées d'un long stade de troubles gastriques, consistant en douleurs, phénomènes d'intolérance, éructations, pyrosis. Il est une forme exceptionnelle opposée à cette dernière, où les gastrorrhagies ouvrent la scène sans que le malade ait présenté des symptômes variés pouvant faire songer à une affection de l'estomac. (Fieupe. 1874. Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante. Mort en quatre jours).

II. — En 1907, Pater dans deux travaux successifs, a très bien étudié les formes cliniques de la syphilis stomacale qu'il envisage dans les deux périodes de la syphilis : syphilis secondaire et syphilis tertiaire. Disons tout de suite que Pater distingue avec Fournier dans la syphilis tertiaire, les trois formes de syphilis stomacale exposées plus haut, c'est-à-dire :

- a) La gastrite aiguë et chronique ;
- b) Le cancer ;
- c) *L'Ulcère*.

D'après cet auteur, les troubles gastriques qui apparaissent pendant la syphilis secondaire, tiennent à trois causes. Les unes se rattachent à la syphilis en tant qu'infection générale, d'autres « témoignent de troubles nerveux d'origine spécifique atteignant l'estomac dans ses fonctions sécrétoires et motrices », d'autres enfin, sont produits par l'administration de l'iodure et du mercure par la voie stomacale. Ces divers troubles comprennent cliniquement :

1^o) Des désordres fonctionnels qui comprennent eux-mêmes, selon Fournier :

- a) Troubles gastralgiques et dyspeptiques ;
- b) Troubles d'entéralgie et de gastro-entéralgie ;
- c) Crises de vomissements ;
- a) Troubles de l'appétit.

2^o) Le catarrhe gastrique signalé par Lendet et Guibler qui guérit rapidement par le traitement spécifique.

3^o) *L'Ulcère*. Le diagnostic ne peut en être posé que lorsque tout traitement habituel de l'ulcère gastrique

étant resté sans résultat, une thérapeutique antisypilitique a amené la guérison.

II. — M. A. Mathieu, dans une conférence faite le 27 mai 1911 à l'hôpital Saint-Antoine, a publié une classification clinique très documentée et très complète de la syphilis gastrique.

Il envisage dans cette étude les formes suivantes que nous ne ferons que signaler :

1.) Les gastropathies chroniques sans tumeur et sans sténose pylorique qui prennent l'aspect de gastrites chroniques graves.

2.) Les gastropathies graves avec empâtement ou tumeur simulant le cancer de l'estomac sans sténose pylorique.

3.) Les gastropathies syphilitiques avec sténose pylorique simulant la sténose néoplasique primitive du pylore.

4.) La syphilis gastrique caractérisée surtout par des déformations de l'estomac et particulièrement par la biloculation.

5.) Enfin, la syphilis gastrique a forme *d'ulcus*.

IV. — Enfin, M. Galliard vient de publier récemment un travail sur la syphilis gastrique, dont il distingue au point de vue clinique trois formes :

1.) Une forme catarrhale (aiguë ou chronique) ;

2.) Une forme hyperplasique (gomme spendo-cancer) ;

3.) Une forme ulcéreuse que révèlent les hématomèses et qui conduit soit aux perforations, soit aux cicatrices sténosantes ou non sténosantes.

M. Galliard relate l'histoire d'une femme atteinte de syphilis stomacale à forme ulcéreuse. Agée de 52 ans,

elle était atteinte d'hématémèses récidivantes avec douleurs. Chez elle on constatait en l'absence de tout autre stigmate de spécificité, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière. Mais la réaction de Wasserman ayant été positive, on essaya une thérapeutique antispécifique. Des injections de bi-iodure faites à la malade amenèrent une guérison complète après une récurrence qui nécessita une deuxième cure. Pour M. Galliard, il est nécessaire de continuer la cure mercurielle et iodurée après les accidents aigus pour parer aux lésions sténosantes cicatricielles qui peuvent se développer consécutivement aux lésions ulcéreuses.

V. — A ces formes variées de syphilis gastrique on peut ajouter une forme clinique dont notre malade est un exemple, celle :

« D'ulcère syphilitique avec rétrécissement large du pylore. »

Bressot dans sa thèse (1908) et M. le Professeur agrégé Villard dans la thèse d'un de ses élèves (Maire. Thèse de Lyon 1910), a étudié une classe de rétrécissements pyloriques qu'il a appelé les « rétrécissements larges » et qui se distinguent des autres par une symptomatologie et une série de signes physiques particuliers que nous retrouvons dans notre observation.

Les rétrécissements larges, en effet, se produisent en général aux environs de 30 ans, c'est-à-dire dans la première période de l'âge adulte (32 ans dans notre cas).

Ils sont dus à des causes diverses très bien étudiées dans le travail cité plus haut, et en particulier à l'ulcère gastrique qu'elle qu'en soit l'origine, syphilitique chez notre malade.

Chez tous les sujets qui en sont porteurs, il existe une période prémonitoire le plus souvent longue, de troubles gastriques, douleurs vagues, constantes, pesanteur après le repas. Mais ces troubles peuvent se confondre avec les troubles provoqués par la lésion originelle, cause du rétrécissement. C'est seulement lorsque celle-ci est constituée qu'apparaissent les divers symptômes fonctionnels et physiques par lesquels se révélera l'existence du rétrécissement.

Parmi les symptômes fonctionnels, il en est deux principaux.

1.) La douleur qui ne quitte jamais le malade ;

2.) Les vomissements qui manquent d'après Villard dans la moitié des cas. Nous n'avons jamais trouvé de vomissements dans l'histoire clinique de notre malade.

Les signes physiques sont beaucoup plus nets, et nous les avons tous observés. Il existe d'abord une voussure très marquée de l'épigastre au niveau duquel on peut relater la présence de tension intermittente fréquente et d'ondulations péristaltiques plus rares. La limite inférieure de l'estomac est très abaissée. Nous l'avons trouvée très au-dessous de l'ombilic, mais dans certains cas, la percussion faite de bas en haut (Paviot) révèle au-dessus ou au niveau du pubis la limite inférieure de la grande courbure.

Le clapotage et la succussion hypocratique ne font jamais défaut. Enfin, la radioscopie révèle dans tous les cas, une dilatation gastrique considérable et une rétention énorme des produits alimentaires. Les deux examens radioscopiques pratiqués chez notre malade, ont confirmé la présence de cette rétention.

A côté de ces signes tenant à la vitalité même de l'organe, M. Villard distingue des signes extra-gastriques. Ce sont d'abord des symptômes intestinaux, constipation opiniâtre chez notre sujet et des symptômes dûs à la résorption de produits toxiques qui stagnent à l'intérieur de l'estomac. « Les malades se plaignent fréquemment de fatigue physique et intellectuelle provoquée par le moindre effort. »

Notre malade a été obligé de quitter à plusieurs reprises son travail, et a fait deux séjours à la campagne. Enfin, l'état général est toujours précaire. « Ils sont dans un état d'émaciation qui va sans cesse en progressant. Souvent ils déclarent avoir maigri de 5 à 10 kilog. (6 kilog. chez notre sujet), et perdu leurs forces en l'espace de quelques mois.

Il nous reste, maintenant que nous avons placé notre cas dans une forme clinique bien définie, à faire de celle-ci une étude anatomique et clinique détaillées.

CHAPITRE TROISIÈME

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DE L'ULCÈRE GASTRIQUE SYPHILITIQUE

Après avoir fait une étude anatomo-pathologique rapide de l'ulcère gastrique-syphilitique, nous exposerons dans une étude clinique les caractères particuliers que présentent sa symptomatologie et son diagnostic ; après quoi nous dirons quelques mots de son pronostic et de son traitement.

I. — Etude anatomo-pathologique

L'agent pathogène de la syphilis localise son action destructive sur la muqueuse de l'estomac tout comme il le fait sur d'autres organes de l'économie et va produire un travail aboutissant à la production d'une néoformation d'ordre spécial qui constitue la gomme stomacale.

Ces néoformations, arrondies, plates, nettement circonscrites, de consistance ferme (Birsch-Hirschfeld, Bittner), siègent sous la muqueuse et font une saillie plus ou moins volumineuse à l'intérieur de l'estomac (Cornil). On les rencontre le plus souvent au niveau de

la grande courbure et dans la région pylorique. Or, ces gomme peuvent évoluer vers deux processus : ou le ramollissement ou la sclérose.

Lorsqu'elles évoluent vers le processus de ramollissement, elles vident leur contenu dans la cavité gastrique, laissant à leur place une ulcération. L'ulcère gastrique est constitué. Comme les néoformations gommeuses qui en sont l'origine, les ulcérations syphilitiques de l'estomac sont de nombre et de siège variables, mais le plus souvent situées au voisinage de la grande courbure et dans la région pylorique (Hayem-Flexner). D'autre part l'ulcération est très généralement *unique* (Fournier). Il est exceptionnel de la rencontrer multiple comme dans un cas rapporté par Fauvel ou confluyente comme dans un cas rapporté par Frænkel, où « la muqueuse de l'estomac était le siège de treize ulcérations de diverses grandeurs. »

Variable de proportions, l'ulcère peut atteindre de grandes dimensions, jusqu'à cinq centimètres même. (Chiari, Flexner), Langovoï rapporte le cas d'une ulcération qui était si vaste que l'on dut réséquer lors de l'intervention la moitié de l'estomac.

La *forme* est arrondie, ovalaire ou irrégulière (Hayem). Les *bords* sont épais, durs (Flexner, Birsch-Hirschfeld), rarement taillés à pic.

Comme degré d'entamure des tissus l'ulcération est variable. D'après Fournier, elle est généralement creuse, excavée d'au moins quelques millimètres ; dans ce cas le processus destructeur envahit plusieurs tuniques de l'estomac. Dans d'autres cas, assez nombreux, elle

reste superficielle et constitue « une exulcération, une érosion plutôt qu'une ulcération vraie. »

Mais le vrai caractère distinctif de l'ulcère gastrique syphilitique, c'est sa constitution histologique que Pater a très bien résumée dans sa thèse : « Épaississement des tuniques sous-muqueuse et muqueuse, à la fois par du tissu fibreux dense et des nodules ou traînées d'infiltration souvent nécrosés à leur centre ; présence de tissu granuleux autour des vaisseaux ; lésions à peu près constantes d'endartérite et d'endophlébite oblitérantes ; extension enfin de ce processus aux tuniques externes de l'estomac, musculieuse, sous-séreuse, séreuse même, celle-ci épaissie, dure, réagissant par des adhérences souvent énormes avec les organes voisins.

A côté de cet ulcère d'origine gommeuse, il y aurait d'après certains auteurs tels que Flexner et Cesaris-Domel un ulcère syphilitique d'origine sanguine. Les auteurs pensent en effet que les lésions d'endartérite et d'endophlébite oblitérantes citées plus haut suffisent par les troubles nutritifs qu'elles apportent au niveau de la muqueuse gastrique à produire une ulcération qui serait ainsi d'origine vasculaire.

II. — Etude clinique

I. — SYMPTOMATOLOGIE

L'ulcère gastrique syphilitique n'est pas une entité pathologique. Il est trait pour trait la reproduction de l'ulcère rond ou maladie de Cruveilhier.

« Lésée dans son organisme moteur, a dit un auteur anglais, Buzzard, une montre n'a pas plusieurs façons de traduire sa lésion ; elle la traduit toujours par une marche dérégulée puis par un arrêt, que ce soit un cheveu, un grain de sable ou le traumatisme d'un de ses rouages qui ait été l'origine première de sa lésion. »

Cette spirituelle comparaison nous montre qu'un organe lésé réagit toujours de la même façon aux divers agents qui peuvent troubler son fonctionnement. L'ulcère gastrique syphilitique se révélera par tous les signes cliniques de l'ulcère rond avec quelques particularités que nous allons maintenant signaler.

Les symptômes classiques de l'ulcère de Cruveilhier sont :

- 1) les douleurs.
- 2) les hématomés.
- 3) les vomissements.

1) *La douleur xypho-rachidienne* constitue pour Fournier, la note caractéristique de l'ulcère syphilitique. Elle est « mordicante, *térébrante* » parfois très intense.

L'ingestion des aliments, la digestion stomacale augmentent ces douleurs qui peuvent être de courte durée ou se montrer au contraire sous forme de véritables crises terminées par des vomissements.

Quelquefois ces douleurs caractéristiques, ces douleurs « en broche » existent seules à l'exclusion de tous les autres symptômes de l'ulcère. Chez notre malade, elles ont toujours dominé la scène.

2) Nous avons déjà parlé des *gastrorrhagies* dans les formes cliniques de la syphilis gastrique. Nous n'y reviendrons pas. Disons seulement qu'elles peuvent faire complètement défaut comme chez notre malade.

3) Les *vomissements* sont très variables. Ils peuvent être rares ou survenant au contraire à des intervalles très rapprochés et sous forme de véritables crises. D'autres fois, c'est le cas du malade dont nous présentons l'observation, ce sont de simples regurgitations.

En même temps l'état général s'altère rapidement chez les malades atteints d'ulcère gastrique syphilitique. Ils maigrissent, perdent leurs forces en l'espace de quelques mois ou quelques semaines. (Notre malade avait perdu six kilogrammes en deux mois).

Mais l'ulcère syphilitique ne se présente pas toujours avec ses trois symptômes cardinaux. Dans les observations cliniques de syphilis gastrique on trouve notés des modes d'apparition de l'ulcère et des modes d'évolution très variables.

On peut donc avec la majorité des auteurs faire quatre groupes, suivant le mode de début et l'évolution de l'ulcère.

a) Dans le premier groupe, l'ulcère syphilitique

évolue insidieusement sans donner lieu à des troubles gastriques puis se révèle tout d'un coup par des hématomèses qui peuvent être foudroyantes et emporter le malade (Fournier).

b) L'ulcère est toujours précédé de troubles gastriques divers, caractéristiques d'une gastropathie banale.

c) L'ulcère débute subitement avec ses trois symptômes cardinaux (Dieulafoy, Fournier, Rosanow), où se révèle seulement par l'un d'eux qui domine la scène : la douleur (Stolper, notre observation), les vomissements (Flexner), l'hématémèse (Hayem, Dieulafoy, Fournier).

d) Il existe enfin une autre modalité de l'ulcère gastrique syphilitique où la scène morbide se réduit à des symptômes dyspeptiques vagues, sans hématomèse, sans mœlena, mais s'accompagnant d'une cachexie réelle, profonde « rappelant celle des grands épuisements organiques ou même du cancer. » (Fournier, Langovoi).

Lorsque l'ulcère syphilitique existe seul, tel est son tableau symptomatologique. Mais il peut, comme nous l'avons vu, agir sur le pylore directement ou à distance, produisant une sténose pylorique vraie ou un rétrécissement large.

Dans le premier cas nous aurons tous les symptômes classiques du rétrécissement du pylore sur lesquels nous n'insisterons pas :

Douleurs survenant en temps variable après le repas.

Vomissements variables avec l'évolution de la maladie.

Voussure de l'épigastre.

Dilatation de l'estomac.

Ondes péristaltiques se propageant de la grande courbure vers le pylore.

Clapotage et succussion à jeûn.

Dans le cas de rétrécissement large, nous noterons les signes déjà décrits de cette lésion et qu'il sera important de différencier comme le fait Maire dans sa thèse :

1) Des rétrécissements larges du pylore par lésions du péritoine péripylorique. Il s'agit de « malades qui ont présenté des symptômes douloureux en différents points de l'étage supérieur de l'abdomen. »

2) Des rétrécissements larges dûs à un ulcère ancien. Le diagnostic se fera d'après les amnestiques et d'après l'évolution aiguë de l'affection actuelle s'il s'agit d'un ulcère syphilitique.

3) Des rétrécissements tuberculeux du pylore. Ceux-ci coexistent souvent avec les lésions pulmonaires. Il y aurait absence de péristaltisme et coexistence du rétrécissement avec de la diarrhée. Ces deux signes ont une très grande valeur au point de vue diagnostic, car chez un sujet à la fois syphilitique et tuberculeux on serait en droit de douter de la nature vraie du rétrécissement.

II. — DIAGNOSTIC

Ce n'est pas en recherchant des symptômes spéciaux à l'ulcère gastrique syphilitique que l'on pourra poser le diagnostic. Tout au plus doit-on tenir grand compte de la fréquence et de l'intensité des paroxysmes douloureux survenant nuit et jour (Rosanow).

Pour diagnostiquer l'ulcère syphilitique, il faut penser à sa possibilité.

Sur les quatre considérations suivantes devra donc reposer son diagnostic.

1) La notion de syphilis antérieure dans l'histoire clinique du sujet.

2) La présence de divers signes de spécificité, soit heredo-syphilis soit de syphilis acquise (cicatrice de chancre, éruptions, gommès, exostoses, périostite).

3) L'inefficacité des divers traitements suivis par le malade. L'insuffisance de ces traitements. Un malade mis au régime lacté ressent une légère amélioration, mais ces douleurs persistent atténuées et s'exaspèrent au plus petit écart de régime.

4) L'action bienfaisante et curatrice de la médication antisiphilitique. Cette action est généralement très rapide et peut aboutir comme dans le cas de Fournier cité au début de ce travail à de véritables résurrections. Une fois le diagnostic d'ulcère gastrique posé chez un

syphilitique on peut se demander s'il ne s'agit pas chez ce même sujet d'ulcère tuberculeux. Cette forme d'ulcération tuberculeuse de l'estomac a été très bien étudiée par Messieurs Leriche et Mouriquand et se présente sous trois formes différentes, chacune ayant une physionomie un peu différente. D'après ces auteurs, on peut observer l'ulcération tuberculeuse gastrique.

- 1) Au cours de la tuberculose pulmonaire.
- 2) Dans la tuberculose intestinale à type ulcéreux.
- 3) Comme tuberculose gastrique cliniquement primitive ou dominante.

Dans les deux premiers cas, l'ulcère tuberculeux étant une trouvaille d'autopsie ou se révélant seulement au cours d'une intervention chirurgicale et ces symptômes étant peu perceptibles, le diagnostic d'ulcère syphilitique chez un vérolé se fera d'autant mieux que l'ulcère apparaîtra chez lui avec des caractères symptomatiques très nets et que le traitement antisypilitique aura une action des plus puissantes.

Dans le troisième cas, le diagnostic sera basé sur les considérations suivantes. L'ulcère tuberculeux « peut s'accompagner de réaction locale inhibitrice ». L'estomac atteint d'ulcère tuberculeux disent Messieurs Leriche et Mouriquand, porte sur le pylore ou sur la région juxta-pylorique une tumeur lisse, infiltrant toute la paroi et prenant l'aspect d'un boudin empiétant ou non sur le duodenum, exactement comme la tuberculose cœcale envahit ou respecte l'iléon... A la main, on a la sensation de résistance, l'impression de carton durci, de cartilage... L'ulcération parfois assez étendue, comme une paume de main (Ruge) de par son siège

habituellement pylorique va amener des accidents de canalisation. Ceux-ci sont la conséquence de la constitution même de l'ulcère qui de par son évolution épaissit ses bords, infiltre sa paroi et « formant ainsi un bourrelet saillant dans l'intérieur de l'estomac » diminue considérablement le calibre pylorique d'où sténose et syndrome pylorique le plus complet.

Chez un sujet à la fois tuberculeux et syphilitique le diagnostic sera basé sur les caractères cliniques énoncés plus haut de l'ulcère gastrique tuberculeux et comme toujours et avant tout sur l'influence bienfaisante d'une thérapeutique antisiphilitique.

III. — PRONOSTIC

Il dépendra avant tout d'un diagnostic précoce et nettement établi. Néanmoins il reste toujours très grave et cela à plusieurs titres :

a) En raison des troubles que la syphilis apporte dans les fonctions de l'estomac et qui retentissent sur l'organisme tout entier. Ces troubles se caractérisent par leur très longue durée. D'après Fournier on les a vu durer pendant près de dix ans.

b) En raison des complications sérieuses qui peuvent survenir :

1) Les perforations péritonéales consécutives à des ulcérations très profondes qui ont envahi toutes les tuniques de l'estomac. Elles sont extrêmement rares (deux ou trois cas seulement d'après Fournier).

2) Les perforations artérielles aboutissant aux hématomèses et qui sont beaucoup plus communes, vu la richesse vasculaire de l'estomac. Nous n'insisterons pas sur cette complication redoutable dont nous avons déjà parlé.

3) Les cicatrices. Comme l'a dit Cruveilhier « la gravité de l'ulcère survit à sa guérison, attendu que la cicatrice est souvent le siège d'un travail d'ulcération consécutif qui renouvelle tous les accidents et tout le danger de la maladie ».

La cicatrice par sa forme annulaire ou analogue aux plis radiés d'une bourse (Levig), et par ses adhérences péritonéales peut se compliquer elle-même de sténose en obturant l'orifice pylorique.

c) En pleine évolution aiguë de l'ulcère syphilitique on peut enfin observer :

1° Le retrécissement large dont nous avons déjà parlé.

2° La sténose pylorique vraie consécutive elle-même soit à un spasme qui détermine une contracture du sphincter quand l'ulcère syphilitique est juxta-pylorique (Hartmann et Soupault), soit en agissant mécaniquement quand l'ulcération siège au niveau même du pylore.

IV. — TRAITEMENT

Le traitement qui sera souvent le salut inespéré d'un malade voué à la mort comprend un traitement spécifique proprement dit et un traitement adjuvant.

Nous dirons peu de mots de ce dernier qui sera sous la forme la plus large le régime antidyspeptique, ou seulement au début de la maladie et pendant un temps variable le régime lacté. Si le lait provoque des phénomènes d'intolérance on pourra suivant les conseils du Professeur Fournier le couper d'eau de chaux (une cuillerée par tasse), ou d'eau de Vichy. Le Képhir pourra rendre des services. En cas d'excitabilité anormale de l'estomac, on pourra suivant les conseils des mêmes auteurs additionner le lait de petites doses de cocaïne ou de morphine.

Le traitement spécifique proprement dit comprendra la médication mercurielle et iodurée. Certains auteurs (Andral, Dieulafoy), donnent le mercure seul. Mais le plus souvent on a recours au traitement mixte combinant ainsi à la fois l'influence bienfaisante du mercure et de l'iodure.

Le mode d'administration varie un peu suivant les auteurs. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, l'estomac tolère bien la médication spécifique. On a employé les pilules de sublimé (Andral), les pilules de

protoiodure, les pilules de Sedillot (onguent mercuriel double), sans provoquer de phénomène d'intolérance gastrique.

D'après Fournier on donnera l'iodure dans du lait et par doses très fractionnées, le mercure soit en frictions, soit en injections. Pater donne le mercure par voie hypodermique sous forme de solution aqueuse ou huileuse ; l'iodure de potassium par voie rectale.

Notre malade traité d'abord par des injections de mercure a été soigné ensuite par des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium par la voie buccale sans avoir jamais présenté de phénomènes d'intolérance gastrique.

N'importe, a dit Fournier. « Le bon sens nous ordonne d'en agir prudemment avec un organe malade et nous suivrons les indications du bon sens ». •

CHAPITRE QUATRIÈME

OBSERVATION

A. B..., trente-deux ans, ouvrier polisseur sur métaux.

Ses antécédents de famille ne présentent rien d'intéressant. Son père est mort à soixante-onze ans d'une bronchite ; sa mère est morte d'une affection cardiaque à cinquante-neuf ans. Il a six frères et deux sœurs vivants et bien portants ; un frère est mort du carreau à quatre ans.

A. B... a eu la coqueluche et la rougeole dans son enfance. Il ne se rappelle pas avoir été malade jusqu'à dix-huit ans. A cette époque il aurait eu une gastrite (?) qui dura environ huit mois et dont il fut complètement guéri. Il fait son service militaire au 2^e Régiment d'Artillerie. A signaler seulement à la fin de sa troisième année une bronchopneumonie qui dura deux mois. Le huit Août 1905 A. B... est atteint d'une fièvre typhoïde pour laquelle il est soigné dans un service de l'Hôtel-Dieu. Il quitte l'Hôpital le trois janvier 1906.

Le dix-sept Octobre de la même année le malade contracte un *chancre syphilitique* de la verge au niveau du sillon balano-preputial. Celui-ci, guéri au bout d'un mois sans traitement, est bientôt suivi de roséole. En 1907 A. B... présente des plaques muqueuses buccales nombreuses. Il se soigne avec des pilules de protoïodure de mercure et de l'iodure pendant les deux premières années de la syphilis.

En 1908 au mois de Novembre A. B... se marie. Sa femme ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Son père

et sa mère sont vivants et bien portants. Elle a quatre frères et quatre sœurs en bonne santé ; trois frères sont morts en bas âge, l'un en venant au monde, l'autre de la coqueluche, le troisième d'affection indéterminée. Cette jeune femme a l'apparence d'une très bonne santé. A signaler la coqueluche dans son enfance, la rougeole à dix-huit ans et la fièvre scarlatine en 1908. Aucun signe chez elle d'hérédosyphilite ne peut être révélé.

Au mois de Février 1911, c'est-à-dire trois ans après son mariage, la femme A. B... a eu un avortement de trois mois. Le vingt juin de la même année elle rentre à l'hôpital de la Charité où on l'opère le premier juillet d'une hématocèle pelvienne consécutive à un avortement tubaire. Au mois d'Août après un retard de règles de douze jours, la femme B... présente une hémorragie assez abondante, avec caillots accompagnée de coliques utérines. Depuis cette époque rien de particulier à signaler.

Le début de l'*affection actuelle* remonte au mois d'Août 1910. A cette époque A. B... est pris de *douleurs gastriques* survenant une heure ou deux heures après le repas ; elles siégeaient au creux épigastrique sur le prolongement de la onzième côte à deux centimètres et demi et à droite de la ligne médiane. Elles s'irradiaient dans la région dorso-lombaire ; le malade présentait en outre un point particulièrement et continuellement douloureux au niveau de la septième vertèbre dorsale. Ces douleurs comparées à une sensation de brûlure n'étaient jamais exagérées par l'ingestion d'aliments. Le malade dormait mal, se plaignait de regurgitations sans vomissements préalables, de pyrosis et d'éruclations de gaz parfois fétides. Il cesse alors son travail de boucher et part à la campagne. Après un mois de repos et se sentant d'ailleurs un peu amélioré il reprend ses occupations. Mais les troubles digestifs reviennent et après

avoir essayé de nombreux régimes sans succès, il rentre à l'Hôtel-Dieu le 9 Janvier 1911, dans le service de M. le Docteur Mouisset.

Les symptômes digestifs que présente le malade à cette époque sont ceux qu'il éprouvait au début de son affection, mais présentent un caractère d'intensité plus marquée. La douleur gastrique antérieure et le point dorsal persistent. Le symptôme prédominant est la douleur, douleur sourde se montrant sous forme de pesanteur, de tension épigastrique. Les digestions ne sont d'ailleurs ni longues, ni pénibles et le malade n'a jamais eu la sensation pénible de faim et de soif. L'appétit est conservé. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu il n'a jamais vomi, jamais présenté ni hématemèse, ni mœlena. Mais il maigrit de six kilogs en deux mois et se trouve très affaibli.

Examen de l'estomac. — A l'examen de l'estomac on ne note pas de tension intermittente de l'épigastre, ni d'ondulations péristaltiques. Ce qui frappe c'est une voussure marquée de la région épigastrique. Par la percussion on trouve une aire de sonorité gastrique augmentée. La palpation qui est indolore ne révèle la présence d'aucune tumeur pylorique, mais met en évidence un bruit de clapotage très net et bas situé. Il est également possible d'obtenir le bruit de succussion, ces deux bruits ayant été recherchés le matin à jeun.

Le foie est gras et descend à quatre centimètres au-dessous du rebord costal. Pas d'ictère.

La rate est augmentée de volume et facilement perçue à la main.

Pas d'ascite, pas de circulation collatérale de la paroi abdominale.

Les reins ne sont ni douloureux, ni perçus.

Poumons. — Sonorité normale en avant et en arrière. Rien de particulier à l'auscultation. Expectoration muqueuse.

Cœur. — Pointe bat dans le cinquième espace très peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

Impulsion forte et large. — A l'auscultation les bruits sont réguliers et forts sans souffles. Battements épigastriques. Pouls de tension forte.

Système nerveux. — Reflexes tendineux très nettement exagérés surtout aux membres inférieurs. Clonus de la rotule. Pas de signe de Babinsky. Pas de tremblements. Pas de troubles de la marche. Le malade a eu une sciatique légère du côté droit, il y a deux ans. Les pupilles réagissent bien.

Dans les urines ni sucre, ni albumine.

L'examen des matières fécales donne une réaction de Weber négative. Rien au toucher rectal.

A. B... est mis au régime lacté. On le soigne pour un ulcère pylorique avec sténose légère. Le malade ressent une très légère amélioration et quitte l'Hôtel-Dieu le 9 Avril 1911.

Il revient chez lui, ne reprend pas son travail et suit un régime alimentaire prescrit. Mais à la suite de quelques excès de boissons, les symptômes digestifs relatés plus haut font de nouveau leur apparition et A. B... se présente à l'Hôtel-Dieu au mois de Mai, à la consultation gratuite des maladies de l'estomac.

Le 14 Mai 1911, M. le Docteur Destot fait un examen radioscopique qui donne les résultats suivants : « Diaphragme normal. Grand estomac retentioniste sous-ombilical, situé verticalement sur la ligne médiane. Pylore à droite ». A. B... cesse de se présenter aux consultations de l'Hôtel-Dieu. Ses troubles digestifs n'ont pas changé, le malade qui avait augmenté de poids (4 kilogs) pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, voit ses forces disparaître et ses douleurs devenir plus intenses. Au début du mois de Juin il se plaint de brûlures violentes au creux épigastrique avec toujours point dorsal correspondant et pyrosis. Ses digestions sont

très lentes, très paresseuses et cependant il est soumis à un régime rigoureux. M. le Professeur agrégé Leriche a l'occasion d'examiner A. B... à ce moment [et note un point douloureux nettement localisable par la palpation dans la région pylorique. Il trouve des signes de dilatation gastrique très nette consécutive à de la sténose pylorique révélée par des ondulations péristaltiques et une tension intermittente assez marquée de l'épigastre. Un deuxième examen radioscopique est pratiqué le 24 Juin par M. le Docteur Destot au cours duquel on retrouve un grand estomac retentioniste sous-ombilical. Le malade se rend bien compte de l'utilité d'une intervention que lui propose M. Leriche, mais il désire attendre encore quelques temps. Comme au cours de l'interrogatoire A. B... raconte l'histoire de sa syphilis antérieure, M. Leriche essaie de lui prescrire du mercure et lui ordonne une pilule de Dupuytren par jour pendant quatre jours. Craignant une aggravation il demande au malade de se présenter à lui pour constater les résultats du traitement prescrit. Quatre jours après, le malade dit avoir ressenti un soulagement très net. Ses brûlures gastriques et le pyrosis ont diminué, on double alors le traitement et on prescrit en plus de l'iodure (1 gramme par jour). Le résultat en est excellent. Au bout de trois semaines, l'amélioration est manifeste. A. B... ne continuant pas son traitement et les douleurs gastriques semblant apparaître de nouveau, le malade se présente au bureau de Bienfaisance le 11 Août 1911.

Examiné de nouveau par M. Leriche, il rentre sur ses conseils dans la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Poncet. On fait alors au malade un traitement mercuriel par injections intra-musculaires. Après cinq piqûres de biiodure de mercure, A. B... supportant mal ce mode de traitement refuse de le continuer et quitte l'hôpital le 28 Août. Une amélioration rapide et très sensible s'étant fait sentir, le malade reprend

le travail qu'il avait quitté depuis le 9 Avril et rentre dans une brasserie. Il travaille quinze jours et part à la campagne jusqu'au trois Octobre. A sa rentrée, il se présente à M. le Docteur Leriche qui lui prescrit de l'iodure et des pilules de protoïodure.

Etat actuel. — A. B... a bon appétit. Il travaille régulièrement. Ses douleurs gastriques ont presque complètement disparues et ne font leur apparition qu'à la suite d'excès alcooliques auxquels se livre fréquemment le malade. A. B... suit irrégulièrement son traitement mercuriel et ioduré qui lui apporte une atténuation notable et rapide de ses troubles gastriques passagers.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis gastrique est plus fréquente qu'on ne le pense.

II. — Elle n'a pas de caractères cliniques définis et peut simuler toutes les gastropathies.

III. — Parmi les diverses formes de la syphilis gastrique, il est une forme bien définie, celle d'ulcère gastrique syphilitique.

IV. — L'ulcère gastrique syphilitique se présente sous la physionomie générale de l'ulcère rond ou maladie de Cruveilhier. Il n'existe pas de symptôme diagnostique important. Tenir compte cependant de la fréquence et de l'intensité des paroxysmes douloureux survenant nuit et jour.

V. — L'ulcère gastrique syphilitique peut s'accompagner de sténose pylorique plus ou moins complète.

VI. — Le diagnostic sera à faire avec l'ulcère gastrique tuberculeux et sera basé sur les caractères cliniques de cette dernière forme et sur l'influence bienfaisante d'une thérapeutique anti-syphilitique.

VII. — Chez des sujets atteints de troubles dyspeptiques et dans les antécédents desquels on retrouve l'histoire antérieure d'une syphilis, toujours penser à

la possibilité d'une lésion spécifique et instituer le traitement.

VIII. — Le traitement sera de préférence le traitement mixte : le mercure en frictions ou en injections, l'iodure de potassium par la voie buccale. Dans le cas de sténose pylorique, on pourra faire une gastro-entéro-anastomose.

IX. — Le traitement spécifique exerce une action des plus puissantes sur l'ulcère gastrique syphilitique en amenant une amélioration rapide et consécutivement une guérison complète.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. PONCET

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 novembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL. — Clin. médicale. Paris, 1834-1839.
- BAYLAC et CHAMAYOU. — Syphilis de l'estomac et pseudo-péritonite par perforation. *Archives méd. de Toulouse*, 1901, VII, p. 145.
- BECLÈRE et BENSAUDE. — Un cas de syphilis gastrique. *Société médicale des hôpitaux de Paris*. Mai, p. 653.
- BIRSCH-HIRSCHFELD. — Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac, 1893.
- BRET et PAVIOT. — Linite plastique. *Revue de Médecine*, 1894, p. 834.
- BRESSOT. — Thèse de Lyon, 1908.
- BRINTON. — Ulcer of the stomach. *Discases of the stomach*. London, 1864.
- CADE. — Précis des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- COLLET. — Pathologie interne.
- CHIARI. — Experimentelle Beiträge zur missenschaftlichen Medicine, 1891, t. II.
- CORNEL et RANVIER. — Traité d'anatomie pathologique, 1884, p. 191.
- C. CRONGUIST. — Sur la syphilis viscérale. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1909, t. 97, p. 178.
- CRUVEILHER. — Anatomie pathologique générale, t. III.
- DEBOVE et REMOND. — Traité des maladies de l'estomac.
- DIEULAFOY. — Syphilis de l'estomac. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 17 mai 1898.
- Du même.* — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.
- DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Gazette des Hôpitaux*, 1866, n° 16.
- FIOUPE. — Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante. Syphilis probable. *Progrès médical*, 1874.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, t. I, p. 710.
- Du même.* — Académie de Médecine, 1898.
- Du même.* — Syphilis de l'intestin. *Acad. de Méd.*, juillet 1900.

- GALLIARD. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 6 juin 1911. *Province médicale*, 23 septembre 1911.
- HAUSMANN. — *Münch. Med. Woch.*, 7 mars 1911.
- HAYEM. — De la syphilis stomacale. *Presse méd.*, 1905.
- Du même.* — Contribution à l'étude de l'ulcère de l'estomac. Société méd. des hôp., 1895.
- HEUMMETER. — *Discases of the stomach*, 2^e éd., 1901.
- JULLIEN. — *Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir.*, Paris, 1889.
- LANUREAUX. — *Traité de la syphilis*, 1866.
- LEREBOULET. — Syphilis de l'intestin. *Acad. de Méd.*, juillet 1900.
- LERICHE et MOURQUAND. — *Formes chir. de la tuberculose de l'estomac. Rev. de Chir.*, 1909, n° 2.
- C. LEVEN et BARRET. — Syphilis gastrique grave. Société méd. des hôp. de Paris, n° 5, p. 149.
- LETULLE. — *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1888.
- LETOREY. — Contribution à l'étude des ulcérations tuberculeuses de l'estomac. Thèse de Paris, 1895.
- MAIRE. — Thèse de Lyon, 1910.
- MARFAN. — Les ulcérations gastriques. *Gaz. des hôp.*, 1887.
- MATHIEU. — La syphilis gastrique. *Gazette des hôp.*, juillet 1911.
- MERKLEN. — Perigastrite douloureuse. *Soc. méd. hôp.*, 1889.
- NATHAN. — Gastropathie ancienne d'origine syphilitique. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, n° 20, p. 840.
- PATER. — La syphilis gastrique. Thèse de Paris, 1907 et *Gazette des hôp.*, n°s 128 et 131.
- PAVIOT. — *Précis de diagnostic médical et de semeiologie*.
- PFAUNDLER. — Considérations sur la question des sténoses pyloriques chez les nourrissons. *Jahrb. f. Rind.*, septembre 1909.
- RICHARD. — Syndrome sur la sténose du pylore chez le nouveau-né. *Th. de Paris*, 1905.
- ROTHSCHILD. — Sur la sténose congénitale du pylore. *Archiv. int. de chir.*, 1908, t. IV, f. 2.
- SOUPAULT. — *Médecine moderne*, 1897.
- Du même.* — *Traité des maladies de l'estomac*.
- SCHWIMME. — *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1873.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*.
- TOULMOUCHE. — Des ulcères de l'estomac. *Arch. de méd.*, 1869.
- TUFFIER. — *Chirurgie de l'estomac*.
- VIRCHOW. — La syphilis constitutionnelle,

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
CHAPITRE PREMIER. — Historique	17
CHAPITRE II. — Généralités sur la syphilis gastrique. — Formes cliniques	25
CHAPITRE III. — a) Etude anatomo-pathologique de l'ulcère gastrique syphilitique	33
b) Etude clinique : Symptomatologie	36
Diagnostic	40
Pronostic	43
Traitement	45
CHAPITRE IV. — Observation	47
Conclusions	53
Bibliographie	55

Imprimerie DUCROS & LOMBARD. — Valence.
